FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 49

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 février 1868,

PAR ARACELIO-RAPHAËL DE ESCARRÁ

Né à la Havane (Ile de Cuba),

ANCIEN EXTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS,
(BEAUJON, 1863; PITIÉ, 1864; SAINT-ANTOINE, 1865),
MÉDAILLE DE BRONZE DES HÔPITAUX

DE

QUELQUES PHÉNOMÈNES CURIEUX

CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1868

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ

Professeurs. MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASÈGUE.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	BROCA. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Therapeutique et matière médicale	SÉE (G).
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. GRISOLLE. MONNERET. BEHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. JARJAVAY. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Profess. honoraires, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LIÉGEOIS.	MM. PARROT.
CHARCOT.	HOUEL.	LEFORT.	POTAIN.
DESPLATS.	JACCOUD.	LORAIN.	RAYNAUD.
DESPRÉS.	JOULIN.	LUTZ.	SÉE (M).
DE SEYNES.	LABBÉ (LÉON).	NAQUET.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PANAS.	
FOURNIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau . . . . MM. *N.* . . .
— des maladies des enfants . . . . ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses . . . . *N.* . .
— de l'ophthalmologie . . . . *N.* . .

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY.

Examinateurs de la thèse.

MM. AXENFELD, *président*; MONNERET, LABOULBÈNE, DESPLATS.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE TOUJOURS CHÈRE ET VÉNÉRÉE

DU MEILLEUR DES PÈRES

ET

DE MON FRÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

Recevez ce premier fruit de mes études comme un gage de mon amour filial et de ma vive reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SOEURS

Soyons toujours unis

A M. LE Dr BUSTAMANTE

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LA HAVANE.

A MES MAÎTRES BIEN-AIMÉS

M. AXENFELD

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE,
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.
(Externat 1865).

M. MARTIN-MAGRON

M. GRISOLLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU ET DU LYCÉE IMPÉRIAL NAPOLÉON,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

Je suis heureux, très-chers maîtres, de vous exprimer toute ma reconnaissance pour les savantes leçons que vous m'avez prodiguées et le bienveillant intérêt que vous m'avez témoigné pendant mes maladies.

A M. LE Dr JULES SIMON

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS.

Recevez, mon bien-aimé maître, ce faible témoignage de ma gratitude pour la sympathie que vous m'avez montrée et l'enseignement précieux que j'ai trouvé auprès de vous. Hommage de reconnaissance de l'élève et du malade.

A M. M. RAYNAUD

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS,
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Je n'oublierai jamais, cher maître, les nombreux témoignage d'affectueuse bienveillance et de la sollitude dont vous avez bien voulu m'honorer.

A M. CHARCOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE.

A M. SIREDEY

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS.

(Externat 1865).

A M. MATICE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ.

(Externat 1864).

A LA MÉMOIRE DE

M. MOREL-LAVALLÉE

(Externat 1863, Beaujon).

ET

M. VELPEAU

MON PREMIER MAÎTRE EN CHIRURGIE

Je prie MM. Drs Liégeois, Perrier, Martin-Damourette, Pajot, Verrier, Ganahl, Bailly, Depaul, J.-B. de Landeta, Duroziez, Batailhé, Fort, Bernutz, Damaschino d'agréer l'expression de mes remercîments pour l'instruction que j'ai puisée près d'eux pendant le cours de mes études médicales.

DE QUELQUES
PHÉNOMÈNES CURIEUX
CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES

Favorisé par le hasard à constater certains phénomènes non encore notés chez les hémiplégiques, et séduit par l'idée toujours flatteuse d'avoir cru découvrir quelque chose non encore acquise à la science, nous avons entrepris d'observer sur une plus large échelle, et nous nous sommes assuré que ce que nous croyions tout d'abord n'être qu'un cas rare est au contraire un signe très-fréquent pour ne point dire constant chez ces individus.

Notre but en choisissant pour thèse inaugurale un sujet non encore signalé n'a été d'autre que celui d'appeler l'attention de ce côté-là des observateurs plus compétents que nous.

A quoi bon, nous objectera-t-on, ajouter d'autres signes à la pathologie déjà si encombrée? Si la pathologie, répondrions-nous, ne comprenait que des signes pathognomoniques, évidemment un seul suffirait pour caractériser nettement une entité morbide; mais, comme il n'en est malheureusement pas ainsi, et qui plus est, un symptôme quelconque pouvant se présenter sous des nuances diverses et dans plusieurs maladies et pouvant même faire complétement défaut, nous croyons, disons-nous, qu'on n'a jamais trop de symptômes à enregistrer dans une affection, pourvu qu'ils se manifestent assez souvent.

Loin de nous l'absurde idée de vouloir repousser, ou tout au

moins, de remplacer un signe déjà connu et souvent expliqué, par un autre inconnu et hypothétique.

Pour que l'on ne nous taxe pas de visionnaire, nous sommes très-heureux de pouvoir invoquer le témoignage de MM. Martin-Magron, Axenfeld, Raynaud, Charcot, etc., etc.; aux yeux desquels nous avons opéré nos recherches, et produit ces singuliers phénomènes.

Nous présenterons donc, tout d'abord, les observations dont les unes nous sont personnelles et dont les autres ont été empruntées au service de M. le D[r] Charcot, que je remercie ici publiquement des bontés qu'il a eues en me donnant des renseignements précieux et utiles à plus d'un titre.

En second lieu, nous tâcherons, tout en reconnaissant que la besogne que nous nous imposons est au-dessus de notre force, de hasarder quelques explications ou plutôt quelques interprétations.

Et enfin, nous ferons connaître quelles sont les affections où ces phénomènes ont été observés par nous, et quelles sont celles où ils ne se sont pas présentés.

Comme vous le voyez, nous craignons d'avoir trop compté sur nos propres forces, et c'est aujourd'hui, plus que jamais, nous l'avouons, où nous avons connu la justesse des paroles de Montaigne lorsqu'il dit dans ses *Essais :* « Les difficultés et l'obscurité « ne s'aperçoivent en chaque science que par ceux qui y ont entré... « Moi, j'y trouve une profondeur et une variété si infinie, que mon « apprentissage n'a d'autre fruit, que de me faire sentir combien il « me reste à apprendre. »

OBSERVATION Ire.

Congestion cérébrale à forme choréique ; hémiplégie droite ; propulsion du corps en avant; aphasies fréquentes ; épilepsie portant sur côté gauche (non paralysé); insomnie intermittente tierce ; lenteur des mouvements volontaires du côté hémiplégique ; perversion à la sensibilité à la langue et figure; durcissement du jumeau interne droit, simulant une tumeur, sans extension du pied sur la jambe ; phénomènes curieux du côté de l'œil et bras (hémiplégiques) ; mouvements spéciaux de ce même membre pendant le bâillement, les efforts (toux, dyspnée, vomissements, éternument), certaines émotions morales (colère, peur, etc.); atteinte plus grande des fléchisseurs, que des extenseurs, par la paralysie ; douleur forte produite à la partie supérieure et interne du bras paralysé lorsqu'on l'écarte du tronc ; affection cardiaque; accès de coqueluche et d'asthme cardiaque ; ecchymoses fréquentes à la face, conjonctive ; bâillements très-fréquents.

Mlle Y... C. ., âgée de 26 ans, lingère, raconte avoir eu des palpitations dès son enfance.

Point de rhumatisme antécédent, ni scrofules, ni syphilis ; ayant eu des attaques de *haut mal* depuis l'âge de 17 ans, apparaissant la première fois à la suite d'une forte colère pendant ses règles, et revenant à ces mêmes moments tout en ayant de la tendance à s'éloigner.

Au mois de mai 1861, elle entre au service de M. Velpeau pour une métrite.

Lorsqu'elle monte les escaliers, les battements redoublent de force; mais une minute après, le pouls s'arrête un moment et bat alors lentement, et de réguliers qu'ils étaient, les battements deviennent irréguliers et intermittents.

A l'inspection on voit une voussure très-marquée de la région précordiale, siégeant principalement au niveau des cartilages du côté gauche.

A l'auscultation on constate un bruit de souffle à la pointe et au deuxième temps et se prolongeant pendant tout le grand silence. A

la base un bruit de souffle au premier temps se propageant dans les vaisseaux du cou.

Elle sort dans le même état en mai 1862, et elle rentre chez sa mère où elle éprouve, à chaque approche menstruelle, des petits mouvements involontaires des avant-bras accompagnés d'un petit cri de surprise, sans jamais perdre connaissance; puis elle pleurai facilement et tout rentrait dans l'état habituel jusqu'à l'époque menstruelle suivante; ses règles, du reste, étaient toujours régulières, assez abondantes et faciles.

Y... était sujette à de fréquentes névralgies localisées dans des régions diverses et extrêmement tenaces.

18 avril 1862. Œdème des paupières, pouls veineux, toux, filets de sang. Engourdissements des cuisses et jambes. Point d'ascite.

Depuis la fin de janvier 1865 jusqu'au commencement d'avril, *la malade est prise d'une insomnie intermittente revêtant la forme tierce la mieux caractérisée.* Cette intermittence disparaît complétement par l'administration de 1 gramme 50 c. de sulfate de quinine en quatre jours.

Le 5 mai. La malade est prise dans la nuit et au milieu de son sommeil d'une inquiétude toute particulière avec mouvements incessants qui la forçaient de changer continuellement de place. Cette agitation augmentait d'intensité d'une manière graduelle et sans interruption. La malade se réveille et à son grand étonnement, elle s'aperçoit de son état.

Mandé à toute hâte, j'ai été témoin de ce qui suit :

Elle était agitée de secousses et mouvements irréguliers, désordonnés et tout à fait indépendants de sa volonté, et portant *exclusivement* sur la face et les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche, lesquels étaient lancés en tous sens contre le lit, le mur, etc. La face était le siége de grimaces les plus variées; la tête portée brusquement tantôt à droite tantôt à gauche.

Le regard était étonné, et fixe par moments, mais, le plus souvent,

les yeux roulaient dans leur orbite avec une rapidité presque vertigineuse.

La langue projetée presque incessamment hors de la bouche produisait, tantôt ce bruit spécial que font les cochers lorsqu'ils veulent exciter leurs chevaux, tantôt celui que fait le gourmet qui cherche à savourer un met ou un vin qui lui semblent exquis. (Je m'appesantis sur ces minutieux détails pour mieux faire ressortir la grande ressemblance de ces symptômes avec ceux de la chorée lorsque par exception elle débute d'une manière brusque.)

La malade portait à ses lèvres et embrassait tout ce que la main gauche pouvait rencontrer. Son membre supérieur droit restait dans l'inaction.

Il y avait dans sa physionomie un je ne sais quoi de bonheur et une tendance très-marquée aux expansions douces et caressantes. Au milieu de tous ces désordres, l'intelligence restait parfaitement intacte, et les membres supérieurs et inférieurs droits demeuraient inactifs, dans la résolution et peut-être dans un état de paralysie complète.

Le lendemain, à dix heures du matin, les mouvements, quoique considérablement atténués, furent cependant constatés par M. le Dr Martin-Magron.

Des ventouses sèches appliquées le long de la gouttière vertébrale, des sinapismes, etc., etc., lui furent administrés.

Elle se leva le surlendemain et vaqua à ses occupations comme d'ordinaire, lorsque le 3 juin, à onze heures et demie du matin, au milieu d'une conversation à laquelle elle prenait part, et au moment où l'on attendait d'elle une réponse à la question qui lui était adressée, au grand étonnement de tous, elle tourna la face de notre côté (côté droit), et fixa ses yeux sur nous d'une manière tellement étrange que je crus un moment à l'imminence d'une attaque d'épilepsie; mais, voyant que cette période d'invasion si courte et rapide en général, dans cette affection, se prolongeait outre mesure; et surtout ayant eu, quelques jours auparavant, occasion d'assister à un

cours de M. le professeur Bouchut, à l'Ecole pratique, où il insista d'une manière toute spéciale sur cette déviation dans l'hémorrhagie cérébrale (nous verrons plus loin qu'ici le contraire eut lieu), l'idée de cette affection se présenta tout d'abord à mon esprit et avec elle celle d'une saignée, qu'en effet je lui fis, *et ce ne fut qu'alors qu'elle perdit connaissance ;* c'est-à-dire quatre à six minutes après la déviation et fixation de son regard.

En effet, lorsque trois jours plus tard la malade eut recouvré sa connaissance, elle nous répéta mot à mot tout ce qui s'était passé autour d'elle jusqu'au moment de la saignée.

Cette opération pratiquée au bras droit fournit 500 grammes de sang à peu près. A la fin de cette manœuvre *le bras droit* fut pris de contracture alternant avec des mouvements d'extension et flexion énergiques, ce qui gênait beaucoup l'écoulement sanguin qui devenait, par cela même, intermittent.

Après la saignée, un phénomène nouveau attira mon attention, voici en quoi il consistait : propulsion violente, énergique et brusque du corps en avant ; c'est-à-dire flexion forcée du corps de telle façon que le menton venait rencontrer ses pieds, tout en prononçant, ou plutôt en criant de toutes ses forces et sans cesse (pendant deux jours), et simultanément à la propulsion déjà décrite le mot NON, NON !

Apparition de mouvements de flexion et extension du bras et jambe gauches, et cessation *alors seulement* de tout mouvement du côté droit, qui, à partir de ce moment, resta dans la résolution la plus complète : ces membres soulevés et abandonnés à eux-mêmes tombaient inertes. La sensibilité interrogée au moyen d'une épingle donna des résultats tout à fait négatifs dans toute la moitié droite du corps et de la face. Les yeux, injectés et ouverts outre mesure, étaient tantôt fixes, tantôt hagards ; jamais fermés (pendant trois jours).

C'est dans cet état que M. le Dr Martin-Magron la trouve quatre heures après l'attaque.

A cinq heures de l'après-midi, hémorrhagie secondaire de la saignée, fournissant de 150 à 200 grammes.

Coma, qui se prolonge deux jours.

Hémiplégie faciale droite, type classique.

Dysphagie assez accusée.

5 juin. Apparition des règles abondantes.

Ecoulement involontaire des urines et matières fécales depuis deux jours.

Cessation complète des mouvements du tronc et des membres du côté gauche.

6 juin. Langue épaisse, large, blanche, et fortement déviée du côté droit.

Toux spasmodique lors de l'ingestion des liquides.

Du côté de l'œil, voici le phénomène curieux que nous avons constaté :

« Si j'approchai rapidement mon index étendu vers son œil « droit (côté de l'hémiplégie) et si j avais la précaution de ne tou- « cher ni aux cils, ni aux paupières, ni à la cornée, l'œil restait « ouvert, indifférent et comme étranger à ce qui se passait devant « lui; mais si une de ces parties était atteinte, aussitôt l'œil droit « et le gauche se fermaient aussi rapidement qu'à l'état normal.

« La même expérience faite sur l'œil gauche donnait des résul- « tats tout à fait opposés : c'est-à-dire qu'autant de fois j'appro- « chais le doigt, autant de fois et l'œil gauche et l'œil droit se fer- « maient simultanément sans cependant avoir touché aucun des « points ci-dessus mentionnés.

« La sensibilité cornéenne persistait encore dans l'œil droit : il en était de même de la vision.

7 juin. Apyrexie complète, faiblesse extrême, subdélirium tranquille.

10 juin. Œdème de la jambe droite seulement. La sensibilité des membres, surtout l'inférieur gauche, est un tant soit peu réveillée.

Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent comme à l'ordinaire.

Le soir un peu d'inquiétude.

La malade prononce, depuis l'attaque, tous les mots de travers et les uns pour les autres, sans cependant en adopter *aucun*.

Traitement : aloès tous les jours, soins hygiéniques.

20 juillet. Lecture embrouillée; névralgie trifaciale portant exclusivement sur le côté gauche. M. le Dr Martin-Magron ordonne le bromure de potassium.

En appliquant un linge humide sur le côté droit de la face, *elle éprouve la sensation de la glace*.

Pendant le sommeil (exclusivement), on observe de légères contractions des doigts.

« En lui chatouillant la plante du pied droit, on voit apparaître « au bout de 10, 15, 30 secondes, *jamais avant*, la flexion du gros « orteil. »

Point d'albumine, albuminose, ni sucre dans les urines.

24 juillet. Flexion volontaire des doigts de la main droite; mais se faisant *toujours* attendre une demi-minute à peu près et exigeant de grands efforts.

Extension volontaire des doigts impossible : les mouvements réflexes de diverse nature ont *toujours* pour effet la flexion et jamais l'extension.

Depuis l'accident aussi, « le jumeau interne (côté droit) est dur « et durcit encore plus par le massage, sans que pour cela le pied « s'étende sur la jambe » ; on sent bien par le toucher que ce sont les fibres charnues qui simulent cette tumeur.

La plante du pied est toujours portée dans l'adduction : les orteils se contracturent fortement dans la marche.

L'avant-bras est dans la pronation forcée : et voici ce que l'on y observe de curieux :

« Si avec le bord cubital de ma main je donnais un petit coup « léger et sec, sur le bras, poignet et avant-bras dans toute sa hau-

« teur, je voyais, simultanément au choc produit, les doigts se « fléchir sur la main, celle-ci sur l'avant-bras, qui à son tour al- « lait à la rencontre du bras, de telle façon qu'avec une série de « petits coups répétés rapidement je parvenais, malgré toute la « résistance que la malade tâchait d'opposer, je parvenais, dis-je, « à porter sa main à la hauteur de son menton.

« Si je répétais l'expérience, la main étant au-dessous d'un oreil- « ler, le résultat était toujours le même, malgré la surcharge de « poids.

« Enfin, le membre supérieur étant placé dans l'extension com- » plète (la malade étant couchée), et à un degré d'abduction tel, « que la main fût à 50 centimètres à peu près de la hanche, un « choc fort et brusque suffisait pour que sa main vînt frapper sa « poitrine, non sans avoir touché aussi ma main, malgré la rapidité « que j'employais pour m'éloigner du chemin que la sienne devait « parcourir. Tant son mouvement était en tout point semblable à « celui d'un ressort. »

Je m'empresse d'ajouter que c'était exclusivement la flexion qu'on obtenait, quoiqu'on en fît, et *jamais* l'extension.

Les mêmes résultats furent, constamment et dans les mêmes circonstances, obtenus par M. le Dr Martin-Magron, dont personne, évidemment, ne saurait méconnaître la bonne foi et le talent tout spécial dont il se sert pour constater un phénomène physiologique, fût-il encore à découvrir.

Septembre. Amélioration très-notable du côté de la jambe droite : étourdissements fréquents.

Octobre, novembre. Etourdisssments continuels, tendance a la syncope : ces phénomènes disparaissaient au moment des règles, d'une manière régulière.

Marche difficile, en traînant la jambe droite et en s'appuyant sur les meubles.

Novembre 5 : *ut supra.* — Le soir, attaque d'épilepsie nettement caractérisée.

Point d'aura. Les contractures siégeaient exclusivement du côté gauche; langue mordue.

L'attaque finie, yeux hagards, embarras de la parole, APHÉMIE pendant une demi-heure.

« Bâillements presque sans interruption et accompagnés d'une « élévation du coude jusqu'à mettre la main au niveau de la face, « suivie de près de l'extension du poignet sur l'avant-bras, et enfin « des doigts, qui le plus souvent dépassaient la hauteur de l'é- « paule et même de la face : le tout d'une manière lente, cadencée, « uniforme; et enfin de la descente (plutôt que chûte), excessivement « lente et en sens inverse de ce qui avait eu lieu au moment du « bâillement. »

7 septembre. Pneumonie légère du côté droit, engourdissements des membres supérieurs et inférieurs du côté sain.

« Douleur excessivement forte, depuis trois mois, au tiers supé- « rieur et interne du bras droit lorsqu'on l'écarte du tronc.

« Depuis cette époque aussi, au moment de la toux, un effort, un « rire prolongé, une contrariété, une émotion quelconque, on voit « les doigts (de la main droite) se fléchir de telle façon que les on- « gles rentrent littéralement dans la paume de la main et qu'il faut « les étendre avec précaution et les y maintenir (de l'autre main) « pendant quelques instants pour qu'ils ne reviennent sur eux-mê- « mes une autre fois. Au bout de quelques secondes ils redevenaient « aussi souples, soyeux et dociles (passez-moi l'expression) qu'au- « paravant. »

Rien de semblable du côté gauche.

Le 17. Epistaxis par la narine gauche au moment d'un accès de toux.

« Depuis le commencement de cette hémiplégie, sensation de « brûlure intense à la langue lorsque la malade boit quelque li- « quide tiède ou lorsqu'elle prend quelques gouttes d'éther sur du « sucre.

« Les accès de toux provoqués par l'ingestion des boissons « n'ont pas complétement disparu. »

22 novembre. Apparition d'une ecchymose à la paupière supérieure droite ; point de morsure à la langue.

Orthopnée par accès surtout la nuit.

Les phénomènes généraux de son affection cardiaque font des progrès incessants. Souvent des épistaxis.

2 janvier 1866. Petits mouvements spasmodiques des mains, caractère agacé, crainte d'une attaque de nerfs (ce sont ses expressions). A onze heures et demie du matin nouvelle attaque d'épilepsie, avec aphasie consécutive pendant une heure.

Le 7. Depuis quelques jours, toux sèche et quinteuse : accès composés d'une série d'expirations (20 à 25) d'autant moins fortes et précipitées qu'elles s'éloignaient plus du début de la quinte; turgescence de la face, relief très-prononcé des veines du cou et du front, écoulement abondant d'eau par le nez, perte de connaissance. Apparition le lendemain d'ecchymoses au front, joues, conjonctives.

Le 22. Soupirs fréquents, angoisse, névralgie intercostale droite.

A quatre heures de l'après-midi, et tout d'un coup, engourdissements du tronc et de la tête, sentiment de constriction au thorax, toux sèche, orthopnée, refroidissement des extrémités, frissons, etc., etc., etc.

Elle reprend 3 grammes de bromure de potassium.

10 février. Coryza, bronchite.

Le 14. Ecchymose à la paupière supérieure gauche, à l'inférieure droite et une troisième au côté droit du front.

Etourdissements, tendance au sommeil.

5 mars. — Rhinorrhée intense, 60 à 80 éternuments. Sommeil continuel se prolongeant trois jours presque sans interruption.

Le 29. Aphasie à son réveil pendant une demi-heure. En lisant elle prononçait toujours le mot *une*, *une*, dans toute une page

et commencement de l'autre, sans se déconcerter. *Dans la conversation pas un seul mot tel qu'elle voulait dire* ; ce qui l'exaspérait.

15 avril. Toux quinteuse, orthopnée, cyanose, crachats sanguinolents : 75 mouvements respiratoires ; 136 mouvements systoliques cardiaques, dont 50 à 60 seulement étaient perçus à la radiale : pouls filiforme, diaphorèse.

Le 18. Crachats normaux. En abaissant la tête, écoulement par les narines d'un liquide très-abondant et transparent.

Presque continuellement des crampes d'estomac : sensation de châleur brûlante malgré le refroidissement de tout son corps.

14 juin. De fréquents mouvements spasmodiques des membres supérieurs, surtout celui du côté paralysé qui en est toujours beaucoup plus influencé. Il en est de même lorsqu'elle éprouve une peur subite. Insomnie malgré l'opium.

Le 16. Sommeil sans opium ; ténesme anal. . . . , . . .
. . . .

La dyspnée et l'œdème augmentent ; les accès d'asthme cardiaque se rapprochent ; le sommeil se perd ; des alternatives de mieux et de pire s'observent jusqu'au 2 août où elle éprouve dans la nuit les symptômes suivants :

1° Névralgie intercostale générale avec tous leurs points ;

2° Crampes à l'estomac et au cœur ;

3° Engourdissement des membres ;

4° Envies incessantes d'aller à la garde-robe, avec ténesme.

5° Nausées continuelles ;

6° Orthopnée au-dessus de toute description, anxiété, inquiétudes ; désirs de se lever, et *de se promener ;* sentiment de brûlure partout, malgré le refroidissement général de son corps ;

7° Cyanose ;

8° Perte de la vue ;

9° Conservation intacte de l'ouïe, la parole et l'intelligence.

Enfin une attaque d'épilepsie mit fin à cette scène en emportant la malade.

Trente heures après la mort la bouffissure et la couleur violette commencèrent *par le côté droit de la figure.*

Rigidité cadavérique envahissant en même temps les membres droits et gauches, et se présentant prématurément.

Serait-ce à cause de l'attaque d'épilepsie que la rigidité cadavérique a été prématurée et *égale* des deux côtés ?

Il est très-probable, pour ne point dire certain, que nous avons eu affaire, ici, à une hémorrhagie cérébrale refoulant un des ventricules, et ce qui tendrait à le prouver, c'est certains points de contact qu'existeraient entre cette observation et celle insérée dans *l'Union médicale* (22 août 1854, page 410), par M. Duplay, médecin de l'hôpital de la Vieillesse (hommes.)

La voici :

Observation IV.— « Paralysie faciale du côté droit. Plus tard, congestion cérébrale, puis mort rapide par suite d'une hémorrhagie cérébrale. Vaste foyer ayant détruit une grande partie de l'hémisphère gauche. »

. . . .

. . . .

« Le 27 février 1854, Theizen (66 ans) est apporté presque mourant. Il vient d'être frappé d'une apoplexie des plus graves. Il y a perte complète de connaissance, respiration stertoreuse, *hémiplégie complète à droite, avec mouvements convulsifs du côté gauche.*

« A l'autopsie, trente heures après la mort, le lobe gauche était en quelque sorte broyé. La couche optique et le corps strié de ce côté étaient profondément déchirés, ainsi qu'une grande partie des parois ventriculaires. »

En résumé, et pour ne parler que des points curieux qui font l'objet de notre essai, nous y voyons :

1° Une douleur extrêmement vive dans la région axillaire et tiers

supérieur de la face interne de l'humérus (du côté de la paralysie), au moment de l'abduction de ce membre ;

2° L'indifférence de l'œil du même côté aux menaces qui auraient pour but de le blesser : et le mouvement réflexe des paupières sitôt qu'une partie quelconque de cette région à été touchée ;

3° Les mouvements involontaires et comme de ressort du membre paralysé lorsqu'il vient à être frappé brusquement ;

4° La flexion de toutes les parties qui entrent dans la constitution du membre supérieur (côté paralysé), produite pendant l'effort, la toux, la dyspnée, la colère, la peur, etc.;

5° Pendant les bâillements, qui étaient très-fréquents, soulèvement du coude, qui se dirigeait en avant, et extension forcée du poignet sur l'avant-bras et des doigts sur le poignet, de telle façon qu'ils dépassaient parfois la hauteur de la face; et enfin descente lente (plutôt que chûte) de toutes ces parties une fois le bâillement fini.

J'ajouterai, mais les plaçant sur un deuxième plan :

6° Des aphasies fréquentes et passagères ;

7° L'impossibilité d'exécuter volontairement l'extension, lorsque déjà la flexion pouvait avoir lieu, dans les membres supérieur et inférieur ;

8° Contracture exclusive du côté paralysé dans les attaques épileptiques ;

9° Congestions à forme choréique (probable), l'une; et à forme intermittente tierce, l'autre ;

10° Les perversions de la sensibilité à la face et à la langue.

OBSERVATION II.

Hémorrhagie cérébrale ; hémiplégie droite ; aphasie ; phénomènes curieux du côté de l'œil et membre supérieur paralysé, phénomènes curieux au moment du bâillement, de la toux, des efforts, etc. ; douleur à la partie interne et supérieure du bras paralysé au moment de son abduction ; autopsie.

Salle Sainte-Rosalie, n° 13 (Salpêtrière), service de M. le Dr Charcot.

La nommée N......, entrée le 2 mai 1866 à la Salpêtrière, est hémiplégique et gâteuse.

On ne peut savoir d'elle de quand date son hémiplégie. L'intelligence en effet est très-affaiblie et, de plus, il y a de l'aphémie.

Elle est restée cinq ou six jours à l'infirmerie, il y a environ trois semaines se plaignant d'oppression, d'un point de côté : on ignore d'ailleurs les détails de la maladie, et l'interne appelé a administré un vomitif.

Elle a du reste des indigestions fréquentes et va difficilement à la selle.

La malade entre de nouveau le 14 décembre. Elle avait eu le matin un point de côté à droite : on ignore si elle a eu des frissons.

Lundi 16 décembre. État actuel. Hémiplégie droite avec contracture du membre supérieur : l'inférieur également paralysé est rigide dans l'extension et l'adduction.

« Douleur très-vive au tiers supérieur de la face interne du bras droit et aisselle dans l'abduction. »

Les membres paralysés sont plus froids que ceux du côté gauche non paralysés. D'ailleurs d'une manière générale la peau est fraîche tandis que la température du rectum est de 39°,2.

Paralysie faciale à droite classique et très-prononcée.

Du côté de l'œil, voici le phénomène curieux que j'ai constaté en présence de M. le professeur Charcot :

« Si j'approchais mon index étendu rapidement vers son œil droit

(côté de l'hémiplégie), et si j'avais la précaution de ne toucher ni aux cils, ni aux paupières, ni à la cornée, l'œil restait ouvert, impassible et comme étranger à ce qui se passait devant lui ; mais, si une partie quelconque de celles que je viens d'énumérer était atteinte, aussitôt l'œil droit et le gauche se fermaient aussi rapidement qu'à l'état normal.

« La même expérience faite sur l'œil gauche donnait des résultats tout à fait opposés : c'est-à-dire qu'autant de fois j'approchais le doigt, autant de fois et l'œil gauche et l'œil droit se fermaient simultanément, sans cependant avoir touché à aucun des points ci-dessus mentionnés.

« La sensibilité cornéenne persistait encore dans l'œil droit ; il en était de même de la vision. »

Du côté du membre supérieur droit je constatai aussi un triple phénomène non moins curieux peut-être que le précédent.

En voici le premier :

« Si avec le bord cubital de ma main je donnais un petit coup léger et sec sur le bras et avant-bras dans toute sa hauteur (du côté hémiplégique), je voyais, simultanément au choc produit, l'avant-bras se fléchir sur le bras, et les doigts sur la main, de telle façon, qu'avec une série de petits coups répétés rapidement, je parvenais malgré toute la résistence que je priais la malade de faire, à porter sa main à la hauteur de son menton.

« Si je répétais l'expérience, la main étant au-dessous d'un livre, le résultat était le même malgré la surcharge de poids.

« Enfin, le membre supérieur étant placé dans l'extension la plus complète et à un degré d'abduction tel que la main fût à 30 ou 40 centimètres de la hanche, un choc fort et brusque suffisait pour que sa main vînt frapper la région de son foie, non sans avoir frôlé et parfois touché aussi ma main malgré la rapidité que j'employais pour m'éloigner du chemin que la sienne devait parcourir. Tant son mouvement était en tout point semblable à celui d'un ressort !

«En second lieu, lorsque l'on engageait la malade à tousser fortement, ou à faire un grand effort, comme cela avait lieu chaque fois que de sa main gauche elle prenait le bâton suspendu au-dessus d'elle pour s'aider à s'asseoir, les doigts devenaient tellement fléchis que leurs ongles laissaient leur empreinte à la main, ce qui faisait souffrir un peu la malade.»

Rien de semblable du côté gauche. Pâleur de la face, oppression.

A l'auscultation souffle bronchique de pneumonie à droite, matité. Pouls faible presque insensible du côté paralysé. 152 pulsations.

18 décembre. Saignée comparative : sang beaucoup plus rouge et couenneux du côté paralysé.

Le 19. 80 pulsations. Presque pas d'oppression ; langue humide ; râle sous-crépitant ; matité au tiers inférieur du poumon droit.

Nouvelle saignée comparative ; le sang du côté paralysé est moins foncé que celui du côté sain. La différence était moins marquée que celle de la veille. La température du rectum est de 38°.

Le 27. La malade parle assez clairement.

Elle meurt dans les premiers jours de janvier, et quoique je n'aie pas assisté à l'autopsie, cependant voici en quelques mots les renseignements que je dois à l'obligeance de M. le Dr Charcot.

Ancien foyer hémorrhagique dans le corps strié, gauche présentant une cavité à parois ridées, comme froncées et d'aspect ocreux, entouré de petits anévrysmes miliaires.

Cette observation est un type complet et aussi caractérisé que possible d'une hémorrhagie cérébrale.

Nous y voyons d'une manière frappante les curieux phénomènes qui font l'objet de notre essai, c'est-à-dire :

1° Douleur très-vive au tiers supérieur de la face interne et supérieure du bras (du côté de la paralysie) et de la région axillaire produite par l'abduction de ce membre ;

2° L'indifférence de l'œil du même côté aux menaces qui auraient pour but de le blesser, et le mouvement réflexe des paupières sitôt qu'une partie quelconque de cette région a été touchée ;

3° Les mouvements comme de ressort du membre paralysé lorsqu'il vient à être frappé brusquement ;

4° La flexion de toutes les parties qui le constituent produite pendant l'effort, la toux, etc., etc.

Quant au mouvement d'élévation du bras (côté hémiplégique) qui accompagne le bâillement, il ne m'a pas été possible de le constater ; attendu que cet acte n'a pas eu lieu en ma présence et que sa voisine de lit n'a pas su suffisamment me renseigner là-dessus.

OBSERVATION III.

Hémorrhagie cérébrale ; hémiplégie droite ; phénomènes du côté de l'œil et de l'avant-bras ; pneumonie ; autopsie.

Louvet (Jacques-Charles), âgé de 71 ans, jardinier, est porté à l'hospice Saint-Antoine le 25 septembre 1865, au n° 11 de la salle Saint-Lazare, service de M. le Dr Axenfeld.

Louvet, ordinairement d'une bonne santé, d'une constitution robuste, et n'ayant jamais eu d'autres malades, avoue se griser une ou deux fois par semaine.

Point de trace de scrofules, ni syphilis, ni rhumatisme.

Il a été pris il y a environ six semaines de perte subite de connaissance, ce qui le fait tomber par terre où il est trouvé quelques heures après par ses compagnons qui le ramassent et le couchent sur un lit où il reste immobile pendant quelques heures; et ce n'est qu'alors que l'on s'aperçoit qu'il a tout le côté droit paralysé. On le garde cinq jours chez lui, et le sixième on se décide à le porter à l'hôpital.

Le 26, à la visite, on constate :

Une paralysie de tout le côté droit du corps. Les membres cor-

respondants, soulevés et abandonnés à eux-mêmes, tombent comme des masses inertes.

La sensibilité générale considérablement diminuée. Celle de la membrane de Schneider presque abolie : si on introduisait dans la narine droite une barbe de plume, le malade n'éprouvait absolument rien, tandis que du côté gauche on produisait immédiatement des éternuments. Le côté droit de la joue restait insensible à tout chatouillement.

L'ouïe droite n'entendait pas les bruits d'une montre placée à 3 ou 5 centimètres de l'oreille.

La commissure labiale attirée du côté gauche est au-dessus du niveau de la droite. Cette asymétrie s'accusait bien plus lorsque l'on faisait rire le malade. La parole embarrassée était par moments inintelligible.

La pointe de la langue, tirée hors de la bouche, s'inclinait fortement du côté droit; cependant si alors on engageait le malade à la porter à gauche, il exécutait ce mouvement.

La salive s'écoule incessamment par la commissure droite et vient dégringoler sur le côté droit du cou sans que pour cela le malade s'en aperçoive.

Pendant la mastication les aliments s'accumulent entre la joue droite et l'arcade dentaire correspondante et force lui était de les ramener avec ses doigts sous les dents pour pouvoir les mâcher.

Un peu de dysphagie à peine sensible.

Point de toux lors de l'ingestion des boissons.

L'œil droit semble plus grand que le gauche. Si on le prie de fermer l'œil gauche, il parvient à le faire et à le maintenir dans cet état tant que l'on veut : il n'en est pas de même de l'œil droit qui tend toujours à rester entr'ouvert.

La narine droite semble plus ouverte que la gauche. En un mot, tout le côté droit de la joue semble comme étalé et exempt de toute expression, ce qui contraste d'une manière frappante avec l'état d'intégrité du côté opposé.

Respiration normale.

Pouls large, à 70, assez dépressible.

Rien du côté du cœur ni des poumons.

Du côté des yeux, voici les phénomènes intéressants que j'ai obtenus :

«Si j'approchais rapidement mon index étendu vers son œil droit (côté de l'hémiplégie) et si j'avais la précaution de ne toucher ni «aux cils, ni aux paupières, ni à la cornée, l'œil restait ouvert, im-«passible et comme étranger à ce qui se passait devant lui; mais si «une de ces parties quelconques venait à être atteinte, aussitôt l'œil «droit et l'œil gauche se fermaient simultanément par un mouve-«ment convulsif.

«La même expérience, pratiquée sur l'œil gauche, donnait des «résultats tout à fait opposés ; c'est-à-dire, qu'autant de fois j'ap-«prochais le doigt, autant de fois et l'œil gauche et l'œil droit se fer-«maient simultanément aussi, sans avoir cependant touché à aucun «des points ci-dessus mentionnés.

«La sensibilité cornéenne persistait encore dans l'œil droit; il en « était de même de la vision. »

Au membre supérieur droit, voici ce que mes recherches m'ont fourni :

«Si avec le bord cubital de ma main je frappais un petit coup sec «et rapide sur le biceps et dans toute la hauteur de l'avant-bras «(du côté de l'hémiplégie), je voyais, simultanément au choc produit, «les doigts se fléchir sur la main, celle-ci sur l'avant-bras et enfin «celui-ci sur le bras, de telle façon qu'avec une série de coups ré-«pétés rapidement, je parvenais, quoi qu'en fît le malade, à porter «sa main sur la région ombilicale. »

« Si, comme dans l'observation précédente, je mettais un livre sur «sa main et je recommençais l'expérience ci-dessus faite, la main, «malgré la surcharge de poids (dont elle se débarrassait au premier «choc) me fournissait le même résultat. »

«Enfin, le membre supérieur étant placé dans l'extension la plus

«complète et à un degré d'abduction tel que la main fût à 40 centi-«mètres de la hanche, un coup brusque et fort suffisait pour qu'elle «vînt se heurter contre la région hépatique, non sans avoir touché «aussi ma main quoique j'en fisse pour éviter ce choc, tant son «mouvement était semblable, pour la rapidité, à une secousse élec-«trique.»

Rien de semblable n'avait lieu du côté gauche.

« Le malade se plaignait de la ténacité avec laquelle ses ongles «s'enfonçaient dans sa main droite lorsqu'il faisait un effort pour «s'asseoir, lorsqu'il éternuait, lorsqu'il allait à la garde-robe et.... «lorsqu'il jurait!... Son coude, disait-il s'écartait et s'approchait «alternativement de son tronc.»

Ce phénomène, dans les mêmes circonstances, faisait complétement défaut au membre supérieur gauche.

«Douleur très-vive au tiers supérieur de la face interne du bras «droit et aisselle dans l'abduction.»

Si on lui chatouillait la plante du pied, les orteils, et principalement le gros, se fléchissaient un tout petit peu; *mais seulement* quelques secondes après.

Incontinence d'urines (le malade urine par régorgement) et des matières fécales.

Louvet reste dans le même état à peu près jusqu'au 2 décembre qu'il est pris de frissons, d'un léger point de côté sous le mamelon droit, d'une fièvre intense avec 110 pulsations, abattement, dyspnée considérable.

A la percussion, matité au tiers moyen du poumon droit; augmentation des vibrations thoraciques, bronchophonie, râle crépitant, souffle. De plus, à la base des deux poumons, M. le Dr Siredey, qui remplaçait M. Axenfeld, constate des râles sous-crépitants, diminution du murmure respiratoire et de l'élasticité thoracique.

Expectoration nulle, car le malade avalait tout. Dans la nuit, agitation, délire intense, augmentation de la dyspnée.

3 décembre. *Ut supra.*

Le malade meurt dans la matinée du 4 décembre sans avoir recouvré connaissance.

Le 6, à l'autopsie, on trouva :

1° Les lésions d'une pneumonie siégeant au tiers moyen du poumon droit ; de la congestion au tiers inférieur des deux poumons ;

2° Celles de l'hémorrhagie cérébrale.

Nous ne nous occuperons que de celles-ci, passant sous silence celles-là, qui, tout en amenant la mort du malade, sont cependant étrangères au sujet qui nous intéresse.

Rien à la surface extérieure du cerveau. A la coupe de cet organe on observait un piqueté siégeant exclusivement aux environs du foyer ; c'est-à-dire au niveau de la couche optique et du corps strié gauche. Un caillot y était logé ayant les dimensions et la forme de deux petits marrons accolés par leur base. Ce caillot, très-aplati, légèrement jaunâtre et dur à la coupe, était parfaitement isolé des parois du foyer et entouré d'une petite quantité de sérosité jaunâtre.

Rien dans les ventricules, rien dans le reste de l'encéphale.

Voilà donc une observation d'hémorrhagie cérébrale dont le diagnostic, confirmé par la nécropsie, ne laisse aucun doute, et dans laquelle les curieux phénomènes, se passant dans l'œil, et le membre supérieur hémiplégique, ont eu lieu de la manière la plus accentuée.

OBSERVATION IV.

Salle Sainte-Jeanne, n° 13, service de M. le Dr Bucquoy (Hôtel-Dieu).

Barré (Jean-Baptiste), 70 ans, ciseleur, demeurant rue Corbeau, n° 5, entre au n° 13 de la salle Sainte-Jeanne, le 8 novembre 1867.

L'état de coma où Barré est plongé nous empêche d'avoir des ren-

seignements positifs, mais voici l'état où on le trouve à la visite du 9 novembre :

Hémiplégie du côté gauche.

Son bras et sa jambre gauches, soulevés et abandonnés à eux-mêmes, tombent comme des masses inertes, et si on les pince ils ne donnent aucun signe de souffrance.

Les doigts sont fléchis sur la main, et l'avant-bras forme avec le bras un angle d'environ 100 degrés. Il existe un défaut de symétrie très accusé. Les traits tirés vers le côté droit. Le côté opposé semble comme étalé ; absence de rides sur la moitié du front ; le sourcil pendant ne se rapprochant plus de celui du côté opposé ; immobilisation de l'aile du nez et rétrécissement, abaissement de la commissure labiale et écoulement par là d'une salive abondante, le malade *fume la pipe;* inaction du paucier du cou (tous ces phénomènes à gauche).

Écoulement des matières fécales et de l'urine.

12 novembre. Le malade semble avoir l'œil gauche plus grandement ouvert que le droit.

« Si j'approchais rapidement mon index étendu vers son œil gauche « (côté hémiplégique) et si j'avais la précaution de ne toucher ni « aux cils, ni à la cornée, ni à la paupière, l'œil restait ouvert, im- « passible et comme étranger à ce qui se passait devant lui ; mais « si une de ces parties quelconques venait à être atteinte, aussitôt « les deux yeux se fermaient simultanément par un mouvement con- « vulsif.

« La même expérience pratiquée sur l'œil droit donnait des résul- « tats tout à fait opposés, c'est-à-dire qu'autant de fois j'approchais « le doigt, autant de fois l'œil gauche et l'œil droit se fermaient en « même temps sans qu'il fût pour cela nécessaire de toucher à aucun « des points de la région oculaire,

« La vision était intacte ; la cornée sensible. »

J'ai fait au membre supérieur gauche les mêmes expériences que dans les observations précédentes avec des résultats identiques,

que j'omets ici à dessein pour éviter des répétitions. J'ajouterai seulement que ses voisins assurent, et moi-même je l'ai vu trois fois, *qu'il soulève sa main quand il bâille, ce qui lui arrive très-souvent.*

Même état que *ut supra* jusqu'au 25, qu'il expire.

Je dois à M. Robinson, externe du service, les détails suivants sur l'autopsie de Barré :

Existence d'un caillot rougeâtre dans le corps strié (droit) exclusivement sans ramollissement et sans présenter ailleurs aucune autre altération, si ce n'est aux veines péri-encéphaliques qui étaient gorgées d'un sang noir, fluide. En un mot, on y trouva les lésions d'une hémorrhagie cérébrale.

Nous voyons ici une hémiplégie où la cause cérébrale nous est démontrée par l'autopsie, et où nous avons pu observer les symptômes que j'ai tâché de mettre en relief dans les trois autres précédentes. De plus, pendant le bâillement, j'y ai pu constater le soulèvement du bras paralysé.

OBSERVATION V.

Oblitération de l'artère cérébrale postérieure du côté droit; ramollissement circonscrit, diffluent, de la partie postérieure du lobe droit postérieur.

Salle Saint-Luc, n° 13, service de M. le Dr Charcot (hospice de la vieillesse, femmes).

La nommée Daujou, âgée de 70 ans, jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a quelque temps elle a eu quelques pertes de connaissance.

4 décembre 1867. Aujourd'hui à midi, après avoir pris un bain de pieds et étant dans son lit elle est devenue pâle et on a remarqué qu'elle était froide. Elle paraissait morte. Examinée dix minutes après, elle présentait l'état suivant :

Face pâle, perte de connaissance ; elle geint si on la pince; dé-

viation très-prononcée de la commissure labiale, qui est tirée à droite. (Il y avait donc une hémiplégie faciale gauche.)

Résolution générale sans contracture. Les quatres membres soulevés retombent inertes. Peut-être le membre supérieur gauche retombe-t-il plus inerte ?

La malade retire les membres quand on la pince, mais le gauche plus lentement.

Dix minutes après, respiration par moments très-profonde et bruyante, surtout à l'inspiration qui est ronflante ; quelques minutes plus tard encore, le pouls est devenu plus petit et irrégulier.

Tête tournée à droite sans roideur ; paupières abaissées. L'œil gauche regarde directement en avant, le droit en dehors.

Par moments, très-légère rigidité du membre supérieur gauche. A cinq heures, coma peu profond. Elle dit très-distinctement : « *Ah! mon Dieu !* » La lumière lui est très-désagréable.

La déviation de la commissure labiale est très-différente ; la gauche est pendante ; le sillon naso-labial gauche est effacé.

L'hémiplégie gauche est incomplète. Flaxidité absolue du côté gauche et du côté droit. Le membre supérieur droit retombe lourdement, et cependant il gesticule au moindre pincement.

Le 9. Sommeil stertoreux de temps en temps, et si alors on la pince ou on la fasse asseoir, elle se réveille et prononce quelques mots.

Même paralysie faciale que *ut supra*. A quatre heures, elle se réveille spontanément, s'asseoit et parle sans difficulté. Prolapsus de la paupière au côté droit.

Le 10. Un peu de somnolence ; mais l'intelligence est entière, et lorsqu'on la réveille elle se met à jaser.

L'hémiplégie du membre supérieur gauche a reparu en partie.

Le 12. L'œil gauche ouvert, le droit complétement clos.

Le 13. Membre supérieur gauche inerte. Chute de la paupière toujours complète.

Le 14. La paralysie faciale gauche est très-prononcée.

L'œil et les membres supérieurs examinés par moi sous le point de vue dont il a été question dans les observations précédentes m'ont fourni des résultats négatifs, c'est-à-dire qu'ils se sont comportés comme à l'état de santé.

Le 31. Râle sous-crépitant à la base du poumon droit, matité.

4 janvier. Coma complet.

Le 6. Alternatives de somnolence et réveil. Rigidité peu marquée à droite, nulle à gauche.

Morte à 11 heures 45 minutes.

Ces alternatives de somnolence et réveil, de paralysie et des mouvements avaient fait croire à l'existence de quelque tumeur cérébrale.

Autopsie.—Je passe sous silence les altérations que l'on a trouvées aux poumons et autres viscères comme étant étrangères au sujet qui nous occupe.

Crâne. — L'artère cérébrale postérieure du côté droit est oblitérée. La partie postérieure du lobe correspondant est ramollie, diffluente et circonscrite comme une eschare. L'oblitération avait eu lieu à l'origine de l'artère et datait de longtemps, car le thrombus était dense, blanc, accolé, adhérant peu aux parois.

Examiné au microscope, il était composé de tissu conjonctif.

Le nerf moteur oculaire commun ne présente à l'œil aucune altération appréciable. Rien dans le pédoncule cérébral, ni dans la protubérance.

Cette observation nous présente donc un sujet atteint d'hémiplégie faciale, causée par l'oblitération de l'artère cérébrale avec ramollissement circonscrit, et chez lequel les phénomènes curieux qui se passent du côté de l'œil et le membre supérieur (du côté paralysé), chez les apoplectiques, font complétement défaut.

OBSERVATION VI.

Salle Saint-Jacques, n° 11, service de M. le Dr Charcot.

Hémiplégie; contracture; coma; point de phénomènes curieux du côté de l'œil et des bras; ramollissement rouge au cervelet.

Marie-Thérèse Bonnis, 75 ans, blanchisseuse, entre, le 15 décembre 1867, au n° 11 de la salle Saint-Jacques.

Cette femme est, dit-on, gâteuse, paralysée du côté gauche depuis longtemps. On l'a trouvée dans son lit le matin (la veille). La malade est assoupie avec ronflement stertoreux ; interpellée très-haut, elle regarde sans donner de réponses.

Langue très-sèche mais sans enduit, tournée tantôt à gauche, tantôt à droite; et la malade peut la changer de place quand on l'y force.

Les yeux ne sont pas sensiblement tournés plus d'un côté que d'un autre.

Lorsque l'on soulève le membre supérieur gauche il retombe mais non complétement inerte. *Roideur par moments*, par d'autres flaccidité complète dans le coude et l'épaule.

Lorsqu'on la pince même très-fort la malade n'accuse aucune douleur et on observe un léger mouvement de retrait vers le tronc.

Les mouvements du membre supérieur droit sont exécutés facilement par la malade qui le porte à sa tête et s'en sert pour se gratter.

La jambe gauche est fortement contracturée.

16 décembre. Coma profond, absolu, face plutôt pâle. Tête non déviée, sans rigidité. Paupières closes et pupilles tournées à droite, mais n'atteignant pas le rebord des commissures ; la gauche est dilatée.

A cause du coma *le phénomène de l'œil produit par l'approche au*

doigt est impossible à constater; mais en soufflant sur les deux cornées (les paupières étant relevées) on produit des mouvements réflexes à droite qui n'existent pas à gauche.

La malade fume la pipe, écume bronchique entre les lèvres.

Des mouvements réflexes plutôt à droite qu'à gauche (hémiplégie gauche).

28 pulsations. Température au rectum 39°.

La malade grimace quand on pince son bras droit; pas du tout à gauche.

Le 17. Coma profond, respiration lente et non stertoreuse. Mouvements spontanés des membres, supérieur et inférieur droits; 80 pulsations.

Par moments la respiration devient un peu plus précipitée, mais sans bruit.

Tête non déviée. L'œil droit regarde à droite, et le gauche presque en avant.

Pupille gauche plus large.

Genou gauche plus chaud.

Membres du côté gauche immobiles

Rigidité très-prononcée du membre supérieur gauche; mais on peut l'étendre sans trop grande difficulté.

Quand on fait quelques efforts pour étendre le bras, la contracture augmente. Les doigts sont fléchis. La main gauche un peu plus chaude.

Teinte jaune générale.

Coloration violacée des deux lèvres.

Température du rectum, 38°

Le 18. Sommeil cette nuit sans ronflement. Les yeux demi-ouverts : point de réponses.

L'œil droit tourné à droite, le gauche en avant.

Pouls faible, 90; respiration 28; tranquille.

Le membre supérieur gauche rigide au coude, œdémateux; quand

on le pince, grimace et retrait : point d'œdème au droit qui est violacé et plus chaud.

Le 19. Eschare au sacrum qui s'étend des deux côtés et un peu plus à droite.

Somnolence ; langue sèche.

Les yeux demi-clos, dirigés à droite ; nystagmus.

Le bras droit demi-fléchi, très-roide. La malade meut la main de ce côté.

Le phénomène des avant-bras sous le point de vue décrit dans les observations précédentes fait complétement défaut.

Les membres inférieurs sont tous les deux fléchis et il est difficile de les étendre : cette flexion siége dans l'articulation du genou gauche et dans la hanche.

Elle se plaint quand on la retourne, mais sans prononcer un seul mot ; respiration calme, non stertoreuse.

Le 20. Etat comateux *ut supra*. L'hémiplégie faciale est la même. Les quatre membres dans le même état de contracture. Le bras gauche est plus chaud. Le droit fait des mouvements volontaires, malgré la contracture.

Le pouls petit, presque insensible, 100 ; il paraît se sentir mieux à droite.

Le soir elle paraît boire sans tousser.

Le 21. Contracture plus forte au bras droit. Le côté gauche est généralement plus chaud.

. . . .

A l'autopsie, M. le D[r] Charcot a constaté un ramollissement rouge de la partie postérieure et de chaque côté du cervelet.

Point de foyer hémorrhagique nulle part.

. . . .

Cette observation nous montre donc la *non existence,* dans un cas de ramollissement rouge, des phénomènes du côté de l'œil et des membres supérieurs, sur lesquels j'ai tant insisté ailleurs.

celle des élévateurs des paupières. En pareil cas, les deux voiles membraneux protecteurs des yeux se ferment convulsivement. En un mot, nous venons d'examiner une action réflexe

Dans l'état normal encore, si nous approchons rapidement un doigt vers l'œil, qu'il soit touché ou non, les paupières se fermeront simultanément aux deux yeux. Dans le premier cas, il y a une action réflexe (je l'appellerais volontiers de la vie de relation extrinsèque immédiate et par sensibilité générale) ou, ce qui revient au même, l'arc nerveux diastaltique de la paupière (de Marshall Hall) a été mis en jeu : c'est-à-dire que l'impression produite (par le doigt) sur le rameau palpébral du trijumeau s'est transmise jusqu'à la moelle allongée et de là au rameau orbiculaire du facial (nerf moteur),

Dans le second cas, c'est-à-dire aucune des parties n'ayant été touchée, pour Marshal Hall, il n'y aurait pas eu d'action réflexe, mais seulement un acte psychique ; car, dit-il, « il n'y a pas de vraie action diastaltique (réflexe) cérébrale, ce centre ne possédant pas le principe excito-moteur des actes et actions diastaltiques. »

Prochaska, au contraire, considère cet acte comme *une véritable action réflexe*, et pour notre part nous nous rangeons complétement à cette opinion.

Nous ne nous dissimulons pas que c'est téméraire de ne pas partager l'opinion du savant physiologiste anglais, dont les travaux ont jeté un si vif éclat dans l'étude des actions réflexes; et surtout, d'émettre même une opinion contraire; mais nous ne voulons ni combattre, ni encore moins, en imposer les nôtres; nous nous contenterons d'exposer la question, qu'à ce sujet nous nous sommes faite à nous-même, savoir : «Ne pourrait-on pas considérer comme une action réflexe spéciale l'abaissement des paupières produit par une menace faite aux yeux? »

En effet, que faut-il pour qu'une action réflexe ait lieu? Il faut: « 1° Une impression faite aux nerfs centripètes, qui, suivant les cas, peut être ou ne pas être perçue par le sensorium »(ici c'est la ré-

tine qui recueille les impressions et c'est le nerf optique qui les transmet : et de plus, elle est perçue. Donc la première condition est remplie). « 2° Un mouvement involontaire apparaissant à la suite de cette impression. » (Ici c'est l'occlusion, et elle est aussi *involontaire* que possible, car on aurait beau recommander au patient d'empêcher ses yeux de se fermer lui assurant que mal ne lui sera point fait ; les yeux se fermeront quand même, et si à la première tentative les yeux restent ouverts à la deuxième ou troisième, ils se fermeront quoi qu'on fasse. De plus, les deux yeux se fermeront bien qu'il n'y en ait eu qu'un seul de menacé. Cette synergie n'est-elle pas un des attributs de la réflexion ?) « 3° Et entre ces deux extrêmes, l'action du centre moteur, à travers lequel il semble que le nerf centripète excite le nerf centrifuge et se réfléchit de l'un à l'autre. » Ici encore *notre acte* remplit les conditions exigées pour être admis dans le rang des actions réflexes ; seulement ici, peut-être, le chemin à parcourir, par l'impression, sera plus long et à travers un des sens ; mais, en quoi le résultat final en sera-t-il changé ? Ne voyons-nous pas à tout moment un bruit plus ou moins fort faire sauter un individu à l'état de veille ou de sommeil ? Dirait-on que le mouvement produit dans ces circonstances n'est pas d'ordre réflexe parce qu'il s'est produit avec le concours du sens de l'ouïe ? Certainement non.

Si nous voulions soutenir l'existence de la *réflexion cérébrale* proprement dite, nous ne saurions certainement pas, dans l'état actuel de la science, invoquer assez de preuves en notre faveur ; mais, comme ce que nous tâchons de faire voir, c'est que l'occlusion des paupières, par les menaces faites sur les yeux, est tout bonnement une action réflexe, cela change tout à fait la question.

En effet, que la réflexion ait lieu dans le cerveau lui-même ou, ce qui est infiniment plus probable, dans la moelle allongée, par l'intermédiaire du cerveau qui, dans ce cas, n'a joué, peut-être, qu'un rôle passif, cette action ne rentre pas moins dans la catégorie des actions réflexes. N'est-ce pas au centre de la substance grise

que les conducteurs centripètes se transforment en conducteurs centrifuges ? Et d'ailleurs le centre moteur du cerveau n'entretient-il pas de continuelles relations avec toutes les parties du systéme nerveux en général et de la moelle en particulier ?

Dans le cas particulier qui nous occupe, l'arc nerveux diastaltique comprendrait donc dans son circuit le nerf optique.

Tout ce que nous venons de dire se passe dans l'état physiologique normal ; voyons maintenant quelles sont les modifications imprimées par le fait d'une hémorrhagie cérébrale.

Eh bien, dans les cas de cette nature qui se sont présentés à notre observation nous avons constaté :

Premier fait. L'intégrité de l'action reflexe des paupières par le fait du contact.

Second fait. L'abolition de cette même action (sur l'œil du côté de l'hémiplégie) par la crainte des menaces faites au-devant de l'œil. (Nous appellerions cette action réflexe, extrinsèque, médiate et d'ordre psychique.)

Pourquoi la vision étant intacte, l'œil reste-t-il néanmoins comme étranger à ce qui se passe devant lui ? La question est on ne peut plus embarrassante. Cependant ne pourrait-on pas admettre, à titre d'hypothèse, que les relations qui à l'état normal existent entre le centre de la vision, ou le lieu de la perception des objets par le nerf optique, et le siége du sentiment de la crainte sont interrompus ; et dès lors, quoique l'on voie le doigt s'approcher, néanmoins la peur n'a pas lieu faute d'impression de cette activité psychique ? La conscience du fait a eu lieu ici ; mais elle n'a pas été plus loin, elle est donc restée comme (passez-moi l'expression) à mi-chemin.

A l'appui de ceci, nous pouvons invoquer ce que l'expérience de chaque jour nous montre chez les individus où le sentiment de la peur ne s'est pas encore développé.

Nous voulons parler de l'enfant en bas âge ; que l'on pourrait considérer *sous ce rapport* comme atteint d'une double hémiplégie (passez-nous la comparaison).

En effet, chez les enfants très-jeunes, si nous faisons la même expérience nous pouvons nous assurer qu'ils gardent leurs yeux aussi ouverts que possible; on les dirait atteints d'amaurose; et cependant, ils voient, car ils mettent leurs petites mains au-devant et comme s'ils voulaient jouer avec la vôtre. Comment interpréter ce fait autrement qu'en disant que chez eux la conscience de la peur et l'instinct de la conservation, qui ne nous viennent qu'à la longue et avec l'habitude, ne s'est pas encore développée! Car la condition générale qui domine la réflexion des impressions sensorielles sur les nerfs moteurs, c'est l'instinct de la conservation individuelle. (Prochaska).

Bien plus, si vous venez à toucher ses paupières, aussitôt vous les voyez fermer leurs yeux. Et dès lors, n'y a-t-il pas une similitude frappante entre ce qui se passe chez eux et chez les apoplectiques (côté hémiplégique seulement)?

En résumé nous croyons (dans l'hémorrhagie cérébrale) expliquer le premier fait en disant que les rapports qui à l'état normal existent entre les filets centripètes de la cinquième paire, et les centrifuges de la septième et de la troisième sont conservés; le second fait, par l'interruption de ceux de la deuxième paire (optique) d'avec la troisième et septième paire (par l'intermédiaire de la sensation de la peur).

C. *Pourrait-on s'en servir comme signe diagnostic de certaines affections cérébrales et autres?*

Voici le côté pratique de la question, malheureusement le temps nous a manqué pour pouvoir réunir un nombre suffisant d'observations sous ce rapport. Nous nous contenterons de faire savoir le résultat de nos recherches tel qu'il est.

Plusieurs cas peuvent se présenter à notre observation, ce sont :

1° Une contracture simple de la face d'un côté seulement ou des deux côtés.

2° Une contracture développée consécutivement à la suite d'une paralysie du même côté de la face, ou des deux côtés;

3° Asymétrie congénitale ou non de la face;

4° Paralysies faciales simples :

A. Par lésion cérébrale d'un seul côté, ou bien double.

B. Par lésion du nerf de la septième paire.

C. De nature rhumatismale, saturnine, hystérique.

5° Hémiplégie faciale dans les paralysies alternes.

Dans les cas de contracture, M. Duchenne (de Boulogne), dit que la contractilité électrique est abolie. Si cela est incontestable lorsque cette affection est portée au *summum*, elle l'est moins lorsqu'elle est incomplète. Dans ce cas, les fibres musculaires n'ayant pas encore atteint tout le degré de raccourcissement dont elles sont capables, l'électricité les influencera encore plus ou moins selon le degré de contracture. L'électricité ne saurait donc, dans tous les cas, être suffisante pour diagnostiquer cette affection d'avec une hémiplégie faciale par lésion cérébrale, où, comme tout le monde sait, la contractilité électrique est conservée.

« Supposons une contracture, disent les auteurs, développée sur le côté droit de la face consécutivement à une paralysie du même côté; en pareil cas, non-seulement on méconnaîtrait facilement la paralysie, c'est-à-dire l'élément le plus important de cet état complexe ; mais on s'expose encore à admettre une paralysie à gauche là ou il n'en existe pas.

« Il devient dès lors nécessaire de faire une double exploration : 1° pour s'assurer de la motilité persistante du côté gauche; 2° pour découvrir la perte du mouvement dans les muscles du côté droit. Si l'on veut atteindre ce second but, il faudra tenir compte des renseignements commémoratifs, de l'examen direct, de l'exploration électrique. »

Jusqu'à quel point les renseignements seraient-ils utiles et quels seraient-ils ? Peut-on toujours les avoir ?

L'examen direct? comment nous fournirait-il des données à cet égard? J'avoue que je ne saisis pas le comment.

Reste l'électricité; mais nous venons de voir que lorsque la contracture n'est pas portée à son summum, ce fluide peut encore les faire contracter plus ou moins. Comment éviter cet écueil? Dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire où la contracture sera complète, l'électricité les distinguera; mais d'abord on n'a pas toujours avec soi un appareil électrique, et, en second lieu, chose dont il faut tenir grand compte, l'électrisation isolée de certains muscles de la face exige certainement une grande habitude et n'est pas, quoi qu'on en ait dit, aussi facile que l'on serait tenté de le croire.

D'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, ne pourrait-on pas croire à cause de l'abolition de la contractilité électrique à une paralysie rhumatismale partielle où elle fait également défaut?

Reste l'exploration ayant pour but la démonstration de la persistance de la motilité du côté gauche; je ne vois guère qu'un moyen, c'est celui de commander au malade d'exécuter des mouvements de ce côté. Si cette exécution est dans la plupart des cas facilement obtenue, il en est d'autres où elle devient non-seulement difficile mais encore impossible. Combien de personnes ne trouve-t-on pas, qui, tout en pouvant contracter le côté droit, par exemple, sont tout à fait dans l'impossibilité de contracter isolément le côté opposé, et cela, remarquons-le bien, dans l'état normal de la face! Combien la difficulté ne serait-elle pas augmentée par l'état de contracture du côté de la face qui déjà sans elle ne pouvait pas être ramenée à gauche!

Nous proposons donc, tout en tenant compte des autres signes d'employer le petit artifice ou expérience pratiquée au-devant des deux yeux (voyez page 36) et quoique le cas ne se soit jamais présenté à notre observation, cependant, nous croyons, *à priori*, qu'elle nous rendrait de véritables services dans les cas douteux.

D'ailleurs, la déviation des traits dans le rire n'est pas à elle seule un signe caractéristique de paralysie faciale; nous allons plus loin,

nous la considérons comme un signe très-trompeur et dont il faut se méfier très-souvent. Nous parlons des cas où la face soit seule paralysée, ou bien de ceux où les membres le soient sans qu'il y ait absolument rien. En effet, il n'est pas rare de voir des individus chez lesquels, en dehors de tout état pathologique, le sourire ne se traduit exclusivement que par la contraction des muscles *d'un seul côté* de la face.

Supposons encore qu'il existe une asymétrie de la face telle que l'on soit tenté de la considérer comme dépendante d'une hémorrhagie cérébrale. Ce cas, de même que le précédent, ne s'est pas présenté à notre vue; mais le simple bon sens nous dit qu'il doit se passer ici la même chose que dans l'état physiologique normal.

Enfin il ne serait pas impossible que chez un hémiplégique sans atteinte des muscles de la face, il ne survienne une *fluxion* d'un côté quelconque de cette face et que le gonflement et la douleur soient tels qu'au moment de rire ce même côté reste immobile tandis que l'autre se contracte plus ou moins énergiquement; pourrait-on être autorisé d'après cette asymétrie à conclure à une paralysie siégeant sur le côté opposé? ou bien, si l'hémiplégie atteint aussi la face, devra-t-on espérer qu'à cause de ce gonflement et de la douleur, ce côté devant rester immobile, que l'asymétrie disparaisse, et partant donner un bon espoir qui ne se réalisera pas? ou enfin croire à une hémiplégie alterne lorsque en réalité elle n'est qu'une hémiplégie ordinaire?

Evidemment non.

Quant au diagnostic de la paralysie produite par une lésion du nerf de la septième paire et de celle de l'hémorrhagie cérébrale, Récamier indiquait comme signe distinctif l'atteinte, dans le premier cas, du muscle orbiculaire et la conservation de ses mouvements dans le second. Trousseau, dans sa Clinique, partage son opinion. Donc, pour ces illustres médecins, toute hémiplégie faciale complète devait se rattacher à une lésion du nerf de la septième

paire, tandis que toute hémiplégie partielle devait dépendre d'une affection cérébrale.

Cependant M. Duplay, dans un travail fort intéressant (*De la Paralysie faciale produite par une hémorrhagie cérébrale chez les vieillards. Union médicale*, 28 août 1854), rapporte plusieurs cas d'hémiplégie faciale, où la cause cérébrale est démontrée par l'autopsie, et dans lesquelles cependant l'orbiculaire des paupières était paralysé.

De plus, M. Duchenne (de Boulogne) a rassemblé un certain nombre de cas de paralysies partielles de la septième paire. Dès lors il est incontestable que le signe donné par Récamier devient impuissant dans certains cas. Nous croyons qu'en essayant, dans ces cas, la petite expérience au-devant des yeux, on ne risque rien et peut-être gagnerait-on quelque chose.

Dans les deux seuls cas de paralysie rhumatismale qu'il nous a été donné d'observer, nous avons pu constater l'intégrité des mouvements réflexes des paupières par les menaces faites à l'œil du côté de l'hémiplégie.

Il en a été de même sur le seul cas que nous ayons vu d'hémiplégie saturnine.

Ce signe pourrait-il nous faire diagnostiquer une hémorrhagie cérébrale d'avec un ramollissement? Nos observations tendraient à nous le faire croire; car pas un seul cas de ramollissement, confirmé par l'autopsie, n'a présenté ce symptôme pendant la vie. Serait-ce coïncidence, hasard ou toute autre chose? Nous ne saurions le dire. Dans tous les cas, s'il peut se montrer dans cette affection il n'y est assurément pas commun.

Est-il possible de distinguer une hémiplégie par hémorrhagie cérébrale d'avec une hystérique?

Lors de mon externat au service de M. le professeur Axenfeld (1865, hôpital Saint-Antoine), nous nous rappelons avoir vu une jeune demoiselle atteinte d'aphasie et hémiplégie gauche complète de nature évidemment hystérique, et qui sortit au bout de trois

semaines complétement guérie avec un traitement hydrothérapique énergique et continu.

Les antécédents et signes concomitants ne laissaient aucun doute sur la nature exclusivement nerveuse de cette affection. L'anesthésie, analgésie, etc., étaient portées au plus haut degré.

Chez cette malade les phénomènes du côté de l'œil et ceux du bras (du côté de la paralysie) faisaient complétement défaut.

Phénomènes ayant lieu dans le membre supérieur (côté paralysé).

A. « En quoi consistent ces phénomènes? »

B. « Quel serait le mécanisme de leur production? »

C. « Pourrait-on s'en servir dans le diagnostic de diverses espèces de paralysie? »

A. Ces phénomènes doivent être étudiés sous trois points de vue différents.

a. « Pendant le bâillement. »

b. « Lorsqu'ils sont produits par un choc brusque. »

c. « Pendant les efforts et émotions de toute nature. »

a. Au moment du bâillement on observe une élévation du coude (exclusivement du côté de l'hémiplégie) qui se dirige en avant, et de la main qui atteint et quelquefois dépasse le niveau de la face; suivie de l'extension des doigts sur la main et de celle-ci sur l'avant-bras, le tout d'une manière uniforme, progressive, et enfin la descente excessivement lente et en sens inverse de ce qui avait eu lieu au moment du bâillement.

b. Si du bord cubital de sa main, l'expérimentateur donne un petit coup léger et *sec* sur le bras, le poignet et l'avant-bras principalement le long de son bord radial (du côté paralysé), on voit simultanément, au choc produit, les doigts se fléchir sur la main, celle-ci sur l'avant-bras qui, à son tour, va à la rencontre du bras, de telle

façon qu'avec une série de petits coups répétés rapidement on parviendra, malgré toute la résistance que le malade tâchera d'opposer, on parviendra, disons nous, à porter sa main à la hauteur de son menton.

Si l'on répète l'expérience, la main étant sous un livre, un oreiller, ou autre objet pas trop lourd, suivant les cas, le résultat sera le même malgré la surcharge de poids. Si dans quelques cas le bras ne peut pas vaincre la résistance, dans tous, néanmoins un certain mouvement s'opérera; mouvement qui sera toujours le même, c'est-à-dire, retrait du membre vers le corps et flexion de toutes les parties qui le constituent; *jamais* l'extension ne pourra être obtenue quand même on frapperait exclusivement sur les extenseurs.

Le défaut d'extension, tant volontaire (quand elle peut se faire) que produit par un choc, nous a semblé un fait constant à tel point que, sur 125 cas que depuis six ans nous avons observés, pas une seule fois elle n'a eu lieu.

Enfin le membre supérieur étant placé dans l'extension la plus complète (le malade dans le décubitus) et à un degré d'abduction tel, que la main soit à 50 centimètres à peu près de la hanche, un choc fort et *brusque* suffira pour que sa main vienne frapper son flanc et même sa poitrine, non sans qu'elle rencontre aussi celle de l'opérateur malgré toute la rapidité qu'il y mettra pour l'éviter. Tant ce mouvement est comparable à celui d'un ressort! Ce phénomène sera d'autant plus accentué que l'on placera le bras dans l'extension et l'abduction la plus complète : alors le moindre choc produira un rétrait vraîment prodigieux.

Rien de semblable du coté sain.

c. Les efforts (toux, vomissements, dyspnée, éternuments, etc.) et les émotions de toute nature (peur, colère, rire, animation dans la conversation, etc., etc.) produisent toujours le même résultat, c'est-à-dire, rapprochement du bras vers le tronc, flexion de l avant-bras sur le bras; de la main sur l'avant-bras, et des doigts sur la

paume de la main, de telle façon que leur ongle la blessent plus ou moins suivant l'intensité de la cause productrice. Dans les cas que nous avonsobservés, aussi minutieusement que possible, il suffisait parfois de les maintenir dans cette position pour les empêcher de s'enfoncer dans la paume de la main. (On aurait dit que les doigts se voyant domptés par une puissance supérieure à la leur et ayant épuisé toute l'énergie dont ils étaient capables quelques instants auparavant, ils cédaient et devenaient soumis.)

Du côté sain rien de pareil n'avait lieu, il restait immobile, ce qui faisait un contraste frappant avec ce qui se passait du côté opposé.

Souvent nous voyions la main paralysée s'approcher de l'épaule saine, le coude alors venait se placer aux environs de l'épigastre, *jamais* sur la région postérieure du corps.

B. Le vrai mécanisme de ces phénomènes nous semble entouré d'épaisses ténèbres : ce qu'il y a de plus clair pour nous c'est que nous n'en savons absolument rien ; néanmoins nous pouvons faire des suppositions que l'on ne saurait admettre qu'avec une extrême réserve.

Pourquoi, en effet, l'éternument ferait-il lever le bras et étendre les doigts, tandis que la toux, la colère, etc., etc., produirait le contraire? Ce pourquoi nous échappe, et nous pensons que dans l'état actuel de la science la solution de ce problème reste à faire.

Cependant la nature réflexe de ces actes nous paraît démontrée par la façon même dont il sont engendrés, par les conditions inhérentes à leur production, et enfin par la ressemblance qui existe entre eux et ceux que l'on obtient en expérimentant sur des grenouilles.

Dans l'hémiplégie le pouvoir excito-moteur est comme engourdi, entravé ; c'est-à-dire, qu'il est alors extrêmement peu impressionnable à certains agents, mais surtout à la volonté, et présente une lenteur insolite de certaines irradiations quand elles peuvent avoir lieu. Ainsi, dans notre 1re observation nous avons vu

qu'en chatouillant la plante du pied du malade, la contraction des orteils n'avait lieu que quelques instants après : il en était de même sous l'influence de la volonté. Par contre, ceux qui accompagnent certains actes physiologiques qui exigent le concours de plusieurs muscles de diverses régions simultanément (éternument, toux, etc., etc.) seraient comme exaltés à cause, probablement, du peu de prise qu'aurait la volonté sur eux pour les modérer.

On dirait que certaines parties de ce centre moteur quoique soustraites à l'action de la volonté (et peut-être à cause de cela), sont cependant dans un état d'exaltation motrice très-prononcée, puisque la toux, les vomissements, etc., déterminent sur le bras paralysé auquel il fournit son innervation des secousses violentes qui n'ont pas lieu dans le côté sain, qui, lui, reçoit la sienne d'un centre moteur sain aussi, et soumis à l'action de la volonté. Des impressions, d'une énergie même peu intense, qui seraient indifférentes pour le côté sain, agissant ici sur des centres nerveux trop excitables, suffiront pour produire des mouvements réflexes.

En d'autres termes, il existerait une exaltation du pouvoir réflexe; exaltation siégeant dans le système spinal correspondant à certains groupes des muscles des membres, prouvée par ce fait : que la moindre excitation extérieure ou intérieure (choc, rire, dyspnée, etc., etc.) est suffisante pour éveiller des mouvements réflexes qui, si nous en croyons notre observation personnelle, tendraient à être en raison inverse de l'énergie de la volonté et, au contraire, en raison directe de l'excitation qui les produit. En effet, chez notre malade certains mouvements réflexes diminuaient au fur et à mesure que la volonté reprenait son empire, et nous ne doutons pas qu'ils seraient complétement disparus lorsqu'elle reviendrait à son état normal. Pendant le sommeil, ne voyons-nous pas les actions réflexes exaltées ? Les doigts ne se plient-ils pas à ce moment, surtout chez l'enfant? Chez les personnes dites somnambules, où évidemment la volonté est éteinte, le moindre bruit ou attouchement ne suffisent-ils pas pour les faire sauter et tomber du faîte de la maison

ou du bord du précipice sur lesquels ils sont suspendus pour ainsi dire ?

Dans certaines maladies avec dépression de cette même faculté, n'est-il pas commun de voir les individus qui en sont affectés faire des mouvements brusques à la moindre interpellation ou choc dont ils sont l'objet ?

Si dans la période opératoire du chloroforme, par exemple, où la volonté est abolie, les actions réflexes (par blessure, ligature, etc., etc. sont cependant nulles, cela dépend très-probablement de ce que la sensibilité périphérique (point de départ de ces actions) est anéantie ; car, comme nous croyons l'avoir dit ailleurs, pour qu'un mouvement réflexe extrinsèque soit de la vie de relation, soit de la vie de nutrition, ait lieu, il est indispensable que la sensibilité ne soit pas abolie, et comme conséquence il en découle ceci : Que toute action réflexe de cet ordre sera en raison directe de la sensibilité. Ainsi le pincement de la peau chez une hystérique avec anesthésie ne produit aucun résultat ; tandis que s'il y a de l'hyperesthésie, les mouvements réflexes seront exagérés.

Le frottement de l'air contre la membrane pituitaire, rendue plus sensible par sa congestion dans la première période d'un coryza, ne suffit-il pas très-souvent pour provoquer l'éternument, qui évidemment n'aurait pas eu lieu si sa sensibilité avait été normale? Et nous avons de la peine à comprendre comment un observateur aussi distingué que Stick ait pu dire (*Annales de la charité de Berlin*, page 222) que l'anesthésie complète était le *sine qua non* de l'action réflexe. Personne, que nous sachions, n'a accepté, en France au moins, cette proposition.

Chez l'épileptique, au moment d'une attaque, nous dira-t-on, la volonté est on ne peut plus abolie, et cependant si on le pince, les mouvements réflexes n'auront pas lieu. Le fait est certain, mais l'interprétation en est fausse. En effet, pour qu'une action de cette nature se produise, ne venons-nous pas de dire qu'il est indispensable que la sensibilité soit plus ou moins conservée ; or, ici elle est

abolie au plus haut degré : donc, cette objection, loin d'infirmer notre proposition générale, tendrait au contraire à la confirmer.

M. Fouquier a observé que les effets de la noix vomique étaient beaucoup plus marqués aux membres paralysés qu'aux membres sains. Or, les premiers étant plus ou moins soustraits à l'empire de la volonté, et ces mouvements étant d'ordre réflexe par excellence, ne voyons-nous pas la confirmation de ce que nous avancions tout à l'heure ?

La flexion des doigts pendant les efforts sont des actes dont la cause est une excitation centrique, et n'est pas une excitation périphérique, mais bien une action centrifuge.

Pour résumer notre pensée en deux lignes, voici ce que nous dirons :

La moelle allongée étant le siége des mouvements réflexes et dans l'hémorrhagie cérébrale restant intacte, on ne voit pas trop pourquoi ils seraient abolis ; loin de là.

Le cerveau serait-il le modérateur, le régularisateur de ces mêmes actions réflexes ? Jouerait-il le même rôle dans ces actes, par rapport à la moelle allongée, que le pneumogastrique dans les mouvements du cœur par rapport au grand sympathique ? Et dès lors, serait-il permis de dire : *le cerveau est à la moelle* (dans les actions réflexes) *ce que le pneumogastrique est au grand sympathique* (dans les mouvements du cœur) ?

Une dernière question : Pourquoi les extenseurs sont-ils, dans le bras paralysé, atteints plus profondément que les fléchisseurs.

Si nous ne craignions pas d'abuser de la volonté par cela même qu'elle est anéantie, nous nous ferions la demande suivante : Les extenseurs auraient-ils, par hasard, des relations plus intimes avec la volonté que n'ont les fléchisseurs et conséquemment seront-ils plus endommagés que leurs antagonistes dans les hémiplégiques ?

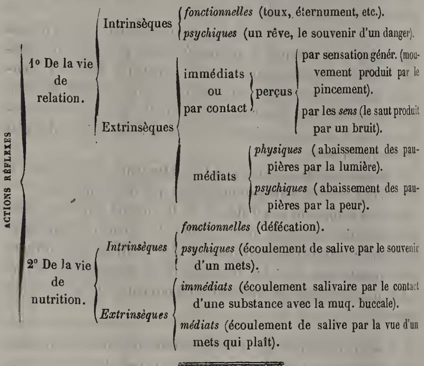
C. Il serait téméraire de vouloir établir aujourd'hui un diagnostic différentiel des diverses paralysies d'après les phénomènes

que nous venons de passer en revue, et qui ont pour siége le membre supérieur paralysé :

Nous énumérerons seulement les affections où nous ne les avons pas observés :

1° Paralysie rhumatismale.
2° — saturnine.
3° — générale progressive.
4° — par ramollissement chronique.
5° — par ramollissement aig (1 cas).
6° — hystérique (1 cas).
7° — par embolie cérébrale (1 cas).

Voici la classification des actions réflexes qui pourrait servir de complément au travail précédent ; si nous l'insérons, c'est dans le but de mieux faire saisir ce que nous pensons de ces phénomènes curieux.



QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des os des membres supérieurs.

Physiologie. — Des mouvements réflexes.

Physique. — Baromètres ; effets de la pression atmosphérique sur l'homme ; ventouses.

Chimie. — Des acides ; de leur constitution ; définition des acides mono, bi et polybasiques.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un pachyderme ? Comment les divise-t-on ? Quels produits fournissent-ils à l'art de guérir ?

Pathologie externe. — Des pseudarthroses consécutives aux fractures.

Pathologie interne. — De la fièvre synoque.

Pathologie générale. — De la prédisposition morbide.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des altérations de l'urine.

Médecine opératoire. — De l'opération de la pupille artificielle ; comparaison des procédés par déplacement, incision, enclavement.

Pharmacologie. — De la distillation ; des eaux distillées ou hydrolats ; comment les obtient-on ? Quelles sont les altérations qu'elles peuvent subir et les moyens employés pour les prévenir?

Thérapeutique. — De l'absorption des médicaments.

Hygiène. — De l'exercice musculaire.

Médecine légale. — De la valeur des expériences physiologiques pour constater la présence du poison.

Accouchements. — Du palper abdominal; sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions.

Vu, bon à imprimer,

AXENFELD, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.